



P-169 - Gastritis enfisematosa como causa de abdomen agudo

A. Vílchez Rabelo, M. Segura Reyes, N. Muñoz Pérez, A.A. Molina Martín, A.B. Bustos Merlo, M.J. Álvarez Martín, A. García Navarro y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Infección de la pared gástrica poco frecuente, de la que hay descritos unos 40 casos en la literatura anglosajona. Con unas tasas de mortalidad elevadas entorno al 60-80%. Presentamos un caso de gastritis enfisematosa avanzada, el cual se resolvió mediante tratamiento quirúrgico y debatimos sobre las posibilidades terapéuticas de las cuales hay ciertas discrepancias en las distintas series estudiadas.

Caso clínico: Paciente varón de 42 años indigente, con antecedentes de diabetes mellitus insulino dependiente y enolismo crónico, el cual es traído a urgencias por dolor abdominal de inicio súbito, vómitos y sensación distérmica. A la exploración abdominal se aprecia un abdomen doloroso de forma generalizada sin peritonismo asociado, analíticamente destaca una leucocitosis con neutrofilia, PCR elevada, creatinina y urea aumentadas y pH de 7,36 con un láctico de 6. Se realiza una radiografía de abdomen donde se aprecia una gran dilatación gástrica, por lo que se decide su ingreso en Cirugía General con antibióticos de amplio espectro. Posteriormente comienza con aumento del dolor abdominal con aparición de peritonismo, se realiza TC abdominal con apreciación de neumatosi gástrica con gas portal así como neumoperitoneo asociado, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente por sospecha de perforación, en la cual se evidencia una gastritis enfisematosa con perforación gástrica, realizándose gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal y yeyunoyeyunostomía término-lateral manual. El paciente evolucionó de forma favorable, sin incidencias postoperatorias por lo que fue dado de alta. Actualmente se encuentra en seguimiento y sin evidencias de enfermedad.

Discusión: Rara variante de gastritis, caracterizada por la presencia de burbujas de aire en la pared gástrica con inflamación aguda y supurativa por invasión de la mucosa por bacterias formadoras de gas (estreptococos, Escherichia coli, Enterobacter, Pseudomonas aeruginosa y Clostridium perfringens). La patogenia de la enfermedad no está clara, estando relacionada con descensos de la acidez gástrica, abusos de AINEs y alcohol, diabetes, pancreatitis, cirugía abdominal reciente, insuficiencia renal, inmunodeprimidos, desnutrición y patología gástrica de base como gastritis o úlceras. La presentación clínica suele ser de forma aguda. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, fiebre, vómitos y diarreas. La TC abdominal es el método de elección para realizar el diagnóstico diferencial, siendo los hallazgos típicos la presencia de gas en la pared y el engrosamiento de la pared gástrica, con especial atención al neumoperitoneo y al gas portal, lo cual indica un estadio avanzado de la enfermedad. En cuanto al tratamiento hay cierta controversia entre

cual sería el más adecuado, ya que algunos estudios publicados recientemente hablan de buenos resultados únicamente con tratamiento antibiótico, otros autores publican buenos resultados únicamente con el reposo intestinal y la nutrición periférica total, siendo la cirugía necesaria en casos más avanzados con perforación asociada o cuando el tratamiento antibiótico no mejora el cuadro. Entre las distintas series estudiadas podemos llegar a la conclusión de que se necesitamos más estudios para diferenciar adecuadamente a los pacientes que pueden ser tratados de forma conservadora frente a los que deben someterse a una intervención quirúrgica como primera opción.